

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI ERORI CLINICE ÎN ONCOPULMONOLOGIE

Valeriu Bîlba – doctor în medicină, conferențiar cercetător, IMSP Institutul Oncologic, laborator științific Diagnostic și Management

v.bilba@mail.ru, 079502429

Rezumat

Reușita tratamentului și prognosticul cancerului de plămân depind irevocabil de depistarea sa timpurie, de precizia și complexitatea explorărilor diagnostice, dar anume la acest compartiment se admit diferite genuri de erori. Studiul prezent și-a propus trecerea în revistă, catalogarea și aprecierea de impact a erorilor care se comit în conduita diagnostică a cancerului de plămân cu diverse sedii. Astfel au fost delimitate erorile ce se admit la etapa de depistare activă a bolnavilor, la nivelul policlinicilor de profil general, la nivelul serviciilor de staționar, fiind punctate și modalitățile de evitare a acestora. Cauzele acestor erori sunt analizate atent, autorii optând pentru instruirea mai pertinentă a medicilor de pe linia întâi, care trebuie să ghideze oportun bolnavii suspecți de cancer pulmonar spre serviciile specializate, unde acestora să le fie realizat un examen complex, inclusiv prin explorări complementare, care pot surprinde neoplasmе mici cu sediu periferic, recunoscute a fi cel mai greu de depistat în etape precoce.

Cuvinte-cheie: cancer pulmonar, depistare precoce, erori clinice, oncopulmonologie

Summary. Clinical particularities for the diagnostic and errors in oncopulmonology

Successful treatment and prognosis of lung cancer depends irrevocably on early his revealing and accuracy exploration diagnostic and its complexity, but at this compartment it is possible certain various types of errors. The present study aims overview, cataloguing and assessing the impact of errors committed in the conduct of lung cancer diagnostics in various establishments. Such errors have been identified, which allowed the stage of active screening of patients at the polyclinics of general profile, the inpatient services, the points and how to avoid them. The causes of these errors are carefully analyzed, the authors opted for more relevant training physicians on the front line, which should guide appropriate suspected lung cancer patients to specialized services, where such an examination to be conducted complex, including by exploring complementary neoplasm's may be revealed small peripheral localisation, recognized to be the most difficult to detect in early stages.

Key words: lung cancer, early diagnoses, clinical errors, oncopulmonology

Резюме. Особенности диагностики и клинические ошибки в онкопульмонологии

Успешное лечение и прогноз при раке легких зависит от своевременного выявления, диагностической точности и полноты методов обследования, но именно на этом этапе и допускаются различного типа ошибки. Настоящее исследование направлено на выявление и оценки влияния клинических ошибок, допущенных при проведении диагностики рака легких различных локализаций. Таким образом были выявлены ошибки, которые допускались на стадии активного выявления пациентов, в клиниках общего профиля, на этапе оказания стационарной помощи и выработаны рекомендации как их избежать. Причины этих ошибок тщательно анализируются, авторы разработали методические рекомендации для врачей на первичной линии оказания медицинской помощи, которыми должны руководствоваться при выявлении пациентов с подозрением на рак легкого.

Ключевые слова: рак легких, раннее выявление, клинические ошибки, онкопульмонология

Creșterea ascensivă a morbidității prin neoplasme pulmonare maligne este calificată de experți drept o adevărată catastrofă epidemică, astfel că diagnosticul, prevenirea și tratamentul acestei maladii este nu doar o problemă medicală, ci și una cu profunde implicații sociale. În peste 28 de state ale lumii cancerul pulmonar este una dintre cauzele principale de mortalitate prin neoplasme maligne a populației masculine de vârste medii.

În anul 2012, în Cancer Registru din IMSP Institutul Oncologic au fost luați la evidență 836 de

pacienți cu cancer bronhopulmonar primar depistat și au fost înregistrate 765 de decese. În diagrama 1, se prezintă indicii morbidității cu 23,5‰ în anul 2012 sau 836 de pacienți primari înregistrați cu cancer bronhopulmonar și indicii mortalității cu 765 de decese sau 21,5‰. Tot aici este redată creșterea lentă, dar progresivă a morbidității și mortalității prin cancer pulmonar valabilă atât pentru mediile urbane și rurale cât și la ambele sexe, cu precădere la cel masculin, în perioada anilor 1985 – 2012.

Analiza evoluției cancerului bronhopulmonar în

perioada anilor 1986 – 2012 (diagrama 2) ne reflectă următoarele: în anul 1986 în stadiile I – II au fost depistați 36,6% de pacienți primari. Acești indici au scăzut până la 9,9% în anul 2001 cu reflectare direct proporțională la rezultatele tratamentului și indicii mortalității prin cancer bronhopulmonar. Analizând evoluția cancerului bronhopulmonar în perioada de 27 de ani, stabilim o descreștere a depistării precoce, adică st. I +II, din anul 1986 fiind de 36,6% către anul 2001 scade până la 10% și o ușoară creștere către 2012 cu până la 20%. Acești indici s-au reflectat direct proporțional la rezultatele tratamentului și indicii mortalității prin CBP.

Ca și în cancerule de orice alt sediu, prognosticul cancerului de plămân depinde de depistarea sa timpurie de precizia și complexitatea tratamentului instituit. În realitate, vindecarea clinică și supraviețuirea de peste 5 ani poate fi garantată pentru 50-70% din bolnavii cu neoplasme de stadiul I, în stadiul II – la 40–50% [Шулутко М. Л. и др., 1983; Maassen W. K et al., 1984; Escha-passe H., 1987; Dildex P., 1987].

Spre regret, în stadiul I-II boala este detectată doar la 15–20% din bolnavii cu cancer primar pulmonar, în stadiul III boala este diagnosticată la 25–30%, procese neoplazice de stadiul IV prezintă cca 45–50% din pacienții cu acest diagnostic (diagrama 3).

Așa se face că un tratament radical se poate efectua la numai 9,2–19,3% din totalul celor afectați de această maladie, iar supraviețuirea la 5 ani a bolnavilor de cancer pulmonar nu depășește cota de 5–10% din bolnavii primar înregistrați [Hocy J. R., 1984 et al.]. Și mai dureros este faptul că acești indicatori minori de reușită curativă sunt definiți în mare parte și de erorile medicale de ordin și tactic în organizarea asistenței diagnostice și curative pentru bolnavii cu cancer pulmonare.

Ținând cont de caracteristicile pozitive ale radiofotografiei (RF), aceasta a constituit o metodă eficientă de investigare radiologică. Până în 1970, în republică RF era utilizată în scop preventiv doar în cazul contingentelor supuse obligatoriu acestui examen, precum și al persoanelor care consultau medicul și nu efectuaseră RF în ultimul an.

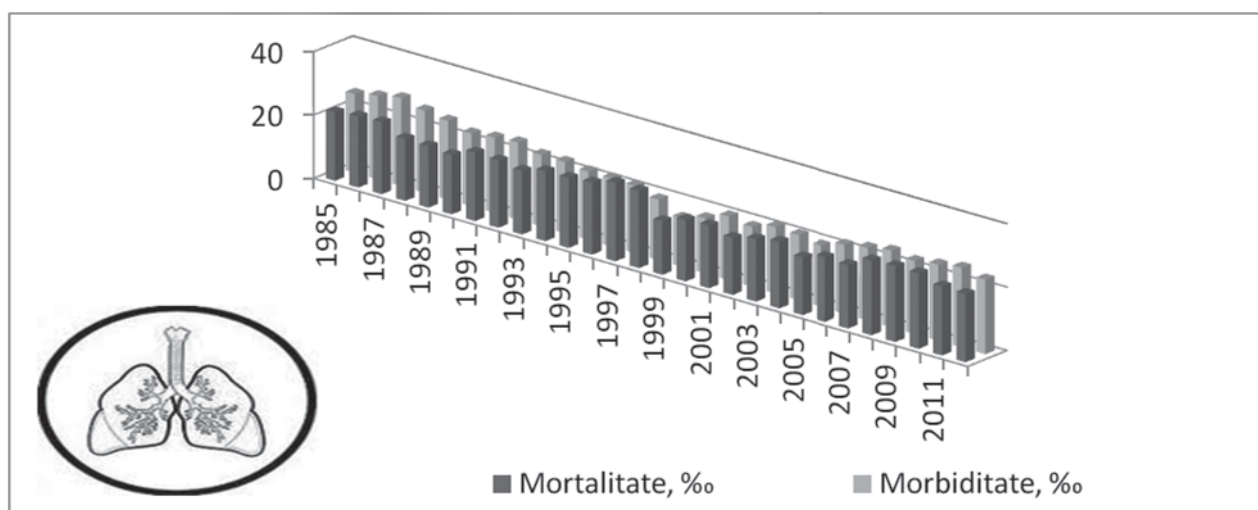


Diagrama 1

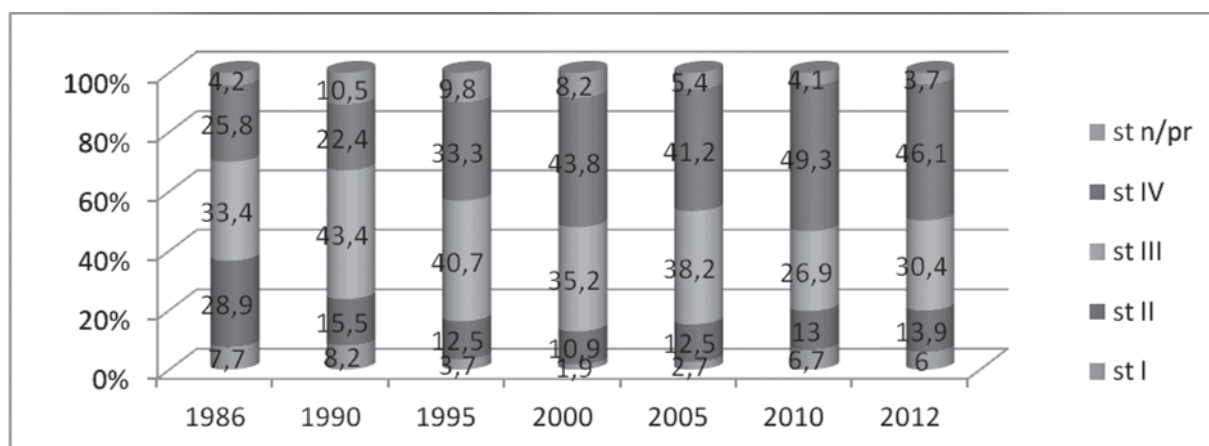


Diagrama 2

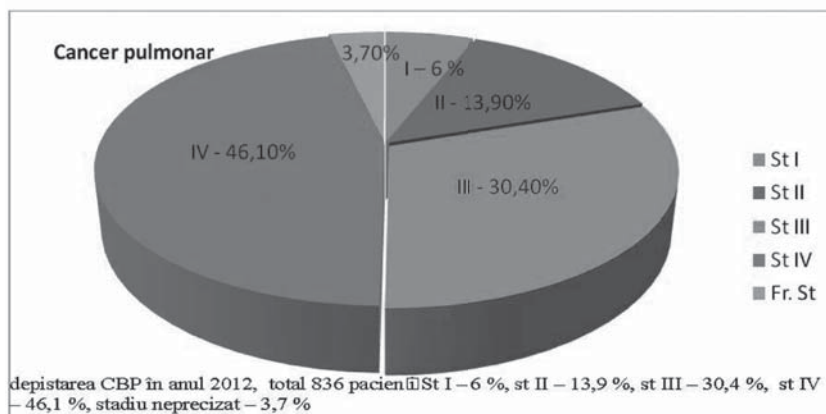


Diagrama 3

Din 1970, pentru depistarea precoce a tuberculozei pulmonare evolutive (TPE), populația republicii era supusă obligatoriu examenului radiologic profilactic de la vârsta de 12 ani. Din 1990 au început să fie supuși examenului radioprofilactic preventiv (ERFP) bărbați peste vârsta de 16 ani și femeile de peste 18 ani, în baza Ordinului Ministerului Ocrotirii Sănătății al RSSM 12.03.90 nr. 60: "Starea și măsurile pentru perfecționarea serviciului radiologic acordat populației RSSM"

În urma experimentului realizat în AMT Centru, raioanele Călărași și Dondușeni, vizând selectarea grupurilor sociale cele mai afectate de tuberculoză, s-a decis să fie substituit examenul radiofotografic preventiv (ERFP) al întregii populații mature pentru depistarea Tbc cu ERFP numai al unor grupuri expuse riscului sporit de tuberculoză (art. 4.16.2 și 4.16.3 al ordinului MS al RM din 29.04.97 nr. 72 "Cu privire la perfecționarea măsurilor de combatere și prevenire a tuberculozei în RM"). Din 1998 ERFP se utiliza numai în cazul grupurilor cu risc de îmbolnăvire de tuberculoză pulmonară evolutivă și al persoanelor care doresc să-și verifice binevol sănătatea.

Ponderea examenului radioprofilactic preventiv a ajuns în anul 1984 până la 97,8% în populația totală a republicii, apoi reducându-se până la 35,3% în 1999, și 18,9% în 2011.

Ponderea cancerului bronhopulmonar depistat prin ERFP s-a redus de la 45,6% în 1984–1986 până la 17,1% în 1999 și este la indici minimali, la moment se depistează ocazional.

În primul rând ar fi de consemnat, că pentru diagnosticarea activă a cancerului de plămân examinarea în masă a populației este puțin eficientă. Se cunoaște faptul – aproape 90% din bolnavii de cancer pulmonar sunt persoane de peste 50 de ani, de vreme ce peste 2/3 din persoanele cuprinse de examenul fluorografic sunt de vârste mult mai tinere. În al doilea rând, s-a constatat faptul că neoplasmul pulmonar

apare preponderent pe fundalul afecțiunilor pulmonare inflamatorii nespecifice (pneumonie interstițială, pneumoscleroză, bronșită ș.a.), în contextul modificărilor pulmonare posttuberculoase, la fumătorii înveți (15 ani și peste de stagiul tabagic), la persoane de peste 45 de ani ce consumă câte 1–2 pachete de țigări în zi, precum și persoane care se expun cronic la diferite noxe industriale. Anume în cadrul acestor contingente de populație se indică căutarea ținută a bolnavilor de cancer pulmonar.

Se cere a lua în calcul și faptul predispoziției genetice pentru cancerul de plămân (maladii oncologice la rude de sânge). Pentru depistarea cancerului pulmonar se impune examinarea reluată în dinamică a bolnavilor care s-au tratat pentru o tumoră malignă.

Printre cauzele care diminuează valoarea diagnostică a cancerului incipient prin microradiografie se cer a fi luate în calcul și erorile de interpretare a fluorogramelor calitative, inclusiv, prin calificarea insuficientă a radiologilor. Proporția unor asemenea erori poate atinge 50%, adică restul formațiunilor clar suspecte de cancer pot rămâne neobservate. Erorile de interpretare se datorează și incapacității acestei tehnici de a repera formațiunile de sub 1cm în diametru, apoi și timpului limitat prevăzut pentru efectuarea acestei analize, condițiilor în care radiologii cercetează aceste clișee și chiar oboselii vizuale. Eficiența examenului scade și din cauza că radiologul examinator nu cunoaște nimic despre bolnav.

Cele consemnate denotă faptul că este necesară implementarea sortării automate a fluorogramelor (radiogramelor) în *normă* și *deviere de la normal*. În plus mai persistă sistemul structural anacronic de subordonare a stațiilor de microradiografie către dispensarele de fizioterapie și direcționarea bolnavilor cu rezultate suspecte spre serviciul ambulatoriu al dispensarului de tuberculoză rezultă cu examinări îndelungate și incomplete, cu tratamente ineficiente pentru diagnostice eronate de pneumonie sau tuberculo-

ză, care sunt emise pentru o bună parte din bolnavii de cancer pulmonar. Se ajunge până la realitatea că 40-50% din bolnavii de cancer primar depistați prin examene profilactice ajung la medicul oncolog numai după 3–4 luni, inclusiv 36% din aceștia doar după 6–12 luni de la descoperirea afectului pulmonar, examinări și tratamente ineficiente în dispensarele de tuberculoză. Mulți bolnavi ce comportă în realitate un cancer de plămân sunt supuși așa-numitului tratament de probă în instituții curative de diferit profil și în dispensarele de tuberculoză.

Conchidem astfel că eficiență și, cel mai important –operativitatea examinărilor profilactice în recunoașterea neoplasmelor depinde de nivelul de organizare, de respectarea principiilor de suport ale examenului fluorografic, de existența unor comisii pulmonologice consultative, sau a unor servicii care să se ocupe de cercetarea specifică a acestor bolnavi. De felul cum se vor putea evita erorile la această etapă depinde mult diagnosticarea oportună a cancerului de plămân.

Erorile ce se admit la nivelul policlinicilor de profil general

Majoritatea (până la 90%) dintre bolnavii primari diagnosticați cu cancer de plămân s-au adresat de sine stătător la policlinicile de profil general invocând semnalmente bolii. Anume la această etapă se admit cele mai multe imprecizii diagnostice, care emerg în principal din cauza incompetențelor profesionale ale medicilor din teren care nu denotă vigilență oncologică, conform căreia toate dubiile diagnostice trebuie să devină motiv pentru examinarea ținută a bolnavului.

Doar în condiția unui examen complex se poate acumula volumul suficient de probe pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului clinico-radiologic de cancer pulmonar, pentru depistarea oportună și inițierea cât mai precoce a tratamentului de radicalitate. De consemnat faptul că în condițiile tehnice și materiale ale serviciilor policlinice din țara noastră această schemă de operare diagnostică este simplu de urmat. Spre regret, însă, cancerul pulmonar este foarte rar diagnosticat la prima solicitare a asistenței medicale. Din experiența serviciilor specializate din țara noastră se poate raporta că la prezentarea primară cca 30% din bolnavii de cancer pulmonar au fost diagnosticați cu pneumonie, la cca 20% s-a suspectat tuberculoză, alte afecțiuni pulmonare la 13%, gripă la 8%, maladii nonpulmonare – miozită, osteocondroză s-au admis ca diagnostic în 20% din cazuri și doar la 9,7% din bolnavi s-a emis un diagnostic precis.

De consemnat că din totalul de bolnavi ce comportau deja un cancer pulmonar la nivelul policlinicii solicitate varianta de angajare centrală a acestuia s-a presupus doar la 14%, cea periferică – la 27% și asta pentru că examenul primar obligativ este realizat în volum insuficient.

Constatăm cu îngrijorare faptul că în cadrul policlinicilor nu a fost încă demarcat volumul de investigații radiologice. 60% din bolnavii ghidați spre centrele diagnostice republicane necesită examinări radiografice suplimentare sau în legătură cu totala absență a documentației necesită întreg complexul de examene bronhologice specializate.

Cele mai frecvente erori ce se comit în diagnosticul ambulator al cancerului de plămân rezidă din interpretarea imprecisă a radiogramei, care înseamnă adesea aplicarea unei metode inadecvate de radioscopie a bolnavului oncologic, analiza superficială și interpretarea incorectă a datelor prezente de altfel pe clișeu radiografic. Toate acestea converg spre faptul cunoașterii insuficiente a semioticii formelor incipiente de cancer pulmonar.

Rezultă că una din căile de ameliorare a eficienței de diagnosticare a cancerului pulmonar se rezumă la respectarea unui cadru regulamentar prin standardizarea volumului de explorări radiologice și bronhologice, care va scurta itinerarul de examinări, va descifra în ritm alert caracterul afectului pulmonar, iar cazurile suspecte de cancer vor fi ghidate în termene limită spre un serviciu specializat – Centrul Consultativ Diagnostic din IMSP Institutul Oncologic, unde cu ajutorul unor minime mijloace diagnostice se va emite diagnosticul exact.

Erorile de conduită diagnostică la nivelul serviciilor de staționar

Multe erori diagnostice și implicit de conduită curativă se admit la nivelul staționarului antituberculos, cauza principală reieșind din interpretarea imprecisă a datelor clinice și radiologice. Tot aici se înscriu și deciziile eronate cu referire la tratamentul antifitizic de probă. Precum consemnasem anterior, peste jumătate din bolnavii ce comportă o tumoare de plămân sunt direcționați pentru examinare în dispensarele de tuberculoză, unde aceștia pot fi supuși la tratament antituberculos, uneori chiar pentru termene îndelungate. Doar atunci când apar atelectazii și se atestă creșterea de volum a ganglionilor limfatici intratoracici ftiziei renunță la diagnosticul de tuberculoză și prezumă o tumoare de plămân. Serviciile abilitate au calculat că în medie termenul de întreținere în spitalul de tuberculoză al unora din bolnavii de cancer pulmonar variază de la 3,2 până la 8 luni.

De consemnat aici și importanța unei aprecieri mai critice a probei tuberculinice în diagnosticul cancerului de plămân. Mai mulți cercetători și specialiști de domeniu au raportat frecvența exuberantă a probei tuberculinice pozitive la bolnavii care în realitate comportă un cancer de plămân. Conform unui grup de savanți din Rusia din cei 102 bolnavi de cancer

avuți sub observare la 57,8% proba Mantoux s-a găsit pozitivă, inclusiv la 19,6% din aceștea papula măsură peste 10 mm, iar 5,9% din bolnavi au manifestat semne de hipersensibilitate. Mai mult de atât, la 4,4% din bolnavii de cancer pulmonar în spută se descoperă micobacterii de tuberculoză, fenomen datorat destrucției focarelor metatuberculoase la aceștea.

Am prezentat aceste cifre pentru a atenționa medicii din teren și a-i face cât mai vigilenți în fața posibilelor erori în diferențierea diagnostică a cancerului de tuberculoză.

În final nu se poate să trecem cu vederea faptul că tot mai frecvent se atestă tandemul tuberculoză-cancer de plămân – la 6,3–17% din bolnavii ce se află sub tratamente sau pentru examinări în dispensarele de tuberculoză [Яценко Б. П. и др., 1985]. La majoritatea acestora (până la 85%) cancerul de plămân se asociază cu o tuberculoză neactivă. Erorile diagnostice derivă din supraaprecierea probei tuberculice și utilizarea incompletă a altor metode de diagnostic: examenul citologic al sputei, bronhoscopia, biopsia transtoracică, precum și din prescrierea injudicioasă și, mai ales, neevaluată ca efect dinamic, a terapiei antifitice.

Cauzele principale ale diagnosticului insuficient care se admite în raport cu tumorile pulmonare în staționările de terapie rezidă în cunoașterea slabă a specificului simptomatic al cancerului pulmonar central și în supraevaluarea eficienței tratamentului antiinflamator indicat în pneumonitele eronat considerate ca fiind pneumonie.

La majoritatea acestor bolnavi nu li se realizează radiosopia de control după atingerea unui efect subiectiv aparent rapid când pe clișeu radiografic de obicei este absent dinamicul pozitiv sau este prezent un dinamic negativ. Dacă la acestea se adaugă și o slabă vigilență oncologică, atunci majoritatea bolnavilor ce au un cancer cu sediu central urmează 3-4 reinternări în staționările generale cu diagnosticul de pneumonie pentru care se instituie și tratamente specifice. La asemenea etape eroarea dominantă este ignorarea examenului citologic al sputei pentru relevarea celulelor atipice și a cercetării bronhoscopice.

Informativitatea examenului bronhoscopic în cazul cancerului de plămân este extrem de înaltă, verificarea morfologică confirmă diagnosticul emis de aceasta la rata de 96–98%, inclusiv în cancerul peribronhial aceasta este posibil de realizat la 92,5% din bolnavi.

Ineficiența examenului bronhoscopic realizat în staționările neoncologice este definită de nerespectarea metodologiei de endoscopie și prelevarea unui material insuficient pentru examenul citologic și cercetarea histologică. În acest scop este indicat să realizeze cercetarea atentă a tuturor sectoarelor inclusiv

unde mucoasa are schimbări abia perceptibile. În calitate de metode eficiente de prelevare a materialului de cercetat este braș-biopsia, frotiul tufier, prelevat cu sonda tampon, puncționarea tumorii sau biopsia sub ghidaj radiologic. Confirmarea morfologică a diagnosticului de cancer pulmonar central reușește la peste 95% din bolnavi, cancerul bronșic segmentar $T_1N_0M_0$ – la 94%, cancerul periferic se poate detecta la doar 64,9% din bolnavi. Examenul bronhosopic facilitat inclusiv diagnosticul carcinomului *in situ*, al cancerului microinvaziv, adică sunt reperate cancerele preclinice radionegative.

Una dintre cauzele frecvente de tergiversare a diagnosticului de cancer pulmonar de sediu periferic la bolnavii prezentând opacități ovalare în plămâni este renunțarea neîntemeiată la aplicarea metodelor invazive de verificare morfologică a diagnosticului (puncția transtoracică, toracotomia diagnostică). Este la fel de adevărat că inclusiv examenele complexe clinico-radiologice, rezultatele examenelor citologice ale sputei și explorarea bronhosopică cu cateterizarea bronhiilor mărunte sub control radioghidat pot fi insuficiente a infirma sau confirma diagnosticul de cancer pulmonar periferic. Acesta și pentru că se adoptă tactica greșită totalmente de observare prea îndelungată a acestor bolnavi, timp în care tumoarea crește și devine radiologic evidentă, iar simptomatologia clinică devine tipică pentru diagnosticul de cancer.

Diferențierea diagnostică a cancerului pulmonar periferic este într-adevăr grevată de mai multe dificultăți. De exemplu acestea trebuiesc deosebite de tumorile benigne, de tuberculom, metastazele solitare de altă localizare, de pneumonia globulară (sferică), de abces, chist și multe alte maladii. Cu toate acestea, dacă se procedează o cercetare calificată nu este deloc complicat să se depisteze și să se confirme cancerul cu angajare periferică în baza evidențelor oferite de radiografie și tomografie computerizată (CT), dacă se cunosc temeinic semnalmente schiascopice. De menționat că opinia cum că cancerul periferic este preponderent de formă globulară se referă la tumorile ce măsoară peste 3–4 cm în diametru. În cazul tumorilor cu diametru mai mic în parenchimul pulmonar se descoperă o opacitate poligonală cu laturi de diferită mărime, amintind mai curând de o cicatrice stelată. Această opacitate poate apare pe fundalul unui țesut pulmonar absolut normal și chiar din start are formă ovalară.

Pentru cancerul pulmonar periferic sunt tipice contururile ondulate, șterse, policiclicitatea, opacitatea are contur estompat și un fel de luminozitate în jurul ei – *corona maligna*. Aceste semnalmente sunt cel mai bine evidențiate pe tomogramele ținti-

te. Pentru cancer este caracteristică şi intensitatea medie a opacităţii, dependenţa directă de dimensiunea nodulului canceros. Dar aparenţa unei opacităţi compacte de dimensiuni mici nu exclude diagnosticul de cancer periferic, ca şi prefigurarea unor calcificări pe acest fondal. În stadii incipiente opacitatea are mai des aspect de infiltrat: este puţin accentuată, se constituie din două-trei sectoare sub formă de nor şi, doar pe măsură ce creşte va deveni omogenă. Opacitatea slab intensă pe radiograme şi exprimată intens pe tomografii, chiar în cazul tumorilor de dimensiuni mari, este în special caracteristică pentru cancerul bronşiol-alveolar nodular.

Ignorarea semnalmentelor schiascopice ale opacităţii ce specifică tumora malignă este cauza tergiversărilor diagnostice ce se admit în raport cu aceşti bolnavi, care în marea lor majoritate sunt luni în şir observaţi (*diagnosis ex observation*) sau trataţi fără efect (*diagnosis ex juvantibus*) pentru un infiltrat tuberculos sau pneumonie. La aceasta concură şi creşterea lentă a tumorii. Precum au dedus observaţiile, timpul de dublare dimensională a unui tumor malign de plămân este în medie de 120 de zile. Tumora cu diametrul de 1,5 cm peste 4 luni va măsura 1,8 cm, iar peste 8 luni – 2,1 cm.

Se va considera, însă, o greşeală tactică diferenţierea diagnostică în baza ritmurilor de dezvoltare a tumorii pulmonare angajate periferic, deoarece pentru cancerul periferic timpul de dublare dimensională variază între 27 şi 240 de zile, iar conform unor autori [Mattspoon A., Holstiz R., 1980], chiar între 19 şi 990 de zile [Kerr R., Lamb D., 1984; Heine M., 1988]. În acest sens, dacă s-au constatat modificări suspecte pentru cancerul periferic, este absolut indicat să se practice metode instrumentale de diagnostic morfologic, care sunt totuşi de competenţa centrelor specializate, de aceea sarcina primă şi obligativă a medicului din teren este de a ghida pacientul spre un serviciu înalt specializat.

Ne vom referi mai detaliat asupra procedurii diagnostic de mare valoare informativă, anume în cancerul situat periferic – puncţia transtoracică, practică la bolnavii cu formaţiuni ovalare în plămâni pentru a verifica apartenenţa citologică a tumorii. Specificitatea acestei tehnici atinge 83,5%, inclusiv în cancerul parahilar – 62,5%, cele de pe zona mediană sunt confirmate în proporţie de 79,1% şi zona periferică – 87,9%. Sugestivitatea metodei creşte în funcţie de diametrul formaţiunii – în cele de sub 3 cm (T1) aceasta atinge 79,1%, de 3,1 – 6 cm (T2) – 85,1% şi în cele de peste 6 cm (T3) – 84,4%. Informativitatea tehnicii creşte până la 94,7%, dacă este efectuată sub ghidajul tomografiei computerizate sau al ultrasonografiei [Crosby J. H. et al., 1985; Khouri N. P. et al.,

1986; Tao L., 1986; Doruc S., 2012]. După datele noastre aplicarea puncţiei transtoracice completate cu cercetarea bronhoscopică permite verificarea morfologică a diagnosticului de cancer pulmonar periferic la rata de 95,5%.

De consemnat, că în abordarea neoformaţiunilor mici puncţia transtoracică este singura procedură de verificare morfologică, iar la bolnavii funcţional inoperabili este cea care sugerează oportun indicarea terapiei antitumorale. Dacă se efectuează regulamentar, puncţia transtoracică nu este grevată de complicaţii serioase, de aceea este larg aplicată la nivelul serviciilor medicale şi se poate realiza inclusiv în regim de ambulatoriu.

Cu toate avantajele invocate acestei tehnici, nu întotdeauna reuşeşte reperarea cancerului pulmonar periferic. Calitatea diagnosticului pentru acest sediu neoplasic se poate eleva prin aplicarea testelor imunologice (markeri tumorali), biochimice etc. Prin aplicarea anticorpilor monoclonali reuşeşte detecţia cancerelor de acest sediu încă la etape incipiente [Beckles M.A., Spiro S.G., Colice G.L., Rudd R.M., 2003].

Actualmente pentru acest contingent de bolnavi pe poziţia de test diagnostic morfologic definitiv se consideră toracotomia diagnostică, care asigură realmente tratamentul chirurgical timpuriu pentru cancerul de plămân [Buccheri G., Ferrigno D., 2003]. Autorii citaţi relatează că toracotomia diagnostică aplicată în cazul formaţiunilor circulare pe plămân descoperă la cca 49% din bolnavi neoplasme maligne (cel mai frecvent – cancere periferice), la 51% aceste formaţiuni sunt benigne (mai frecvent tumori şi tuberculoame). De consemnat că la fiecare al doilea bolnav formaţiunea nu depăşeşte de 3 cm şi sunt absente metastazele regionale, ceea ce corespunde stadiului $T_1N_0M_0$. Intervenţia chirurgicală se impune a fi realizată la cca 90% din bolnavi şi, de obicei, presupune o rezecţie parţială de plămân.

Conchidem că în cazul bolnavilor cu formaţiuni ovalare în plămâni toracotomia diagnostică permite depistarea cancerului pulmonar periferic de stadii incipiente, iar la 9 din 10 asemenea bolnavi apare oportunitatea realizării unor operaţii funcţional menajante.

Cele mai multe erori care se admit de către medicii din secţiile stabilimentelor oncologice şi neoncologice ţin de aprecierea inexactă a gradului şi caracterului de diseminare a procesului canceros, ceea ce poate erona grav deciderea programului de tratament. Frecvenţa divergenţelor după sistemul TNM între estimările anteoperatorii şi cele apreciate intraoperator constituie 36,8–41% din totalul celor operaţi.

Am considerat oportun să trecem în revistă me-

todele obligative și cele complementare de diagnosticare a diferitor variante clinico-anatomice de cancer pulmonar.

Metode obligative de examinare

În cancerul pulmonar cu sediu central:

I. Examenul radiologic, inclusiv microradiografografia:

1) radiografia organelor toracice în două incidențe (frontală și laterală);

2) esofagografia de contrast (pentru aprecierea de stare a ganglionilor limfatici de la bifurcație);

3) tomografia zonală.

a) în proiecție frontală la nivelul bifurcației traheale (apreciind starea traheii, a bronhiilor principale și intermediare, precum și a grupelor principale de ganglioni intratoracici);

b) hilii pulmonari se cercetează în proiecții transversale (pentru a vizualiza bronhiile lobare superioare și a ramificațiilor lor segmentare) și laterale (pentru a vizualiza bronhia intermediară, lobulară inferioară și lobulară mediană);

4) tomografia computerizată a organelor cutiei toracice, cu contrastare sau fără.

II. Examenul citologic al sputei (cel puțin 5–6 analize).

III. Examenul bronhoscopic cu prelevarea de material pentru studiul morfologic (frotiuri de pe tumoare, lichid de lavaj bronșic, biopsie directă, puncția transtraheobronșică a ganglionilor limfatici).

În cancerul pulmonar periferic:

I. Examenul radiologic, inclusiv microradiografografia:

1) radiografia organelor intratoracice în două proiecții (frontală și laterală);

2) esofagografia de contrast;

3) tomografia zonală: standard în două proiecții (la nivelul bifurcației traheale) și directă în proiecție frontală și/sau laterală (la nivelul opacității patologice);

4) tomografia computerizată a organelor cutiei toracice, cu contrastare sau fără.

II. Examenul citologic al sputei (cel puțin 5–6 analize).

III. Examenul bronhoscopic (sondarea bronhiilor sub ghidaj radiologic, biopsierea prin cateter, puncția transtraheobronșică a ganglionilor limfatici).

IV. Puncția transtoracică (transcutană) a tumorii.

De memorat că examinările clinice, radiografiile standard și cercetarea bronhologică, ca de altfel și puncția transtoracică nu întotdeauna permit verificarea morfologică a diagnosticului și aprecierea gradului de extincție a procesului canceros. În asemenea situații se impune apelarea la explorări diagnostice complementare.

Metode complementare de diagnostic

1. Examinarea radiologică:

a) Ro-scopia cu evaluarea simptomelor funcționale, mobilitatea opacității în raport cu alte organe și structuri;

b) radiografia de superexpunere;

c) bronhografia;

d) angiografia (antepneumografia, angiografia selectivă a arterelor bronșice);

e) pneumotoraxul diagnostic;

f) cercetarea scheletului toracic.

Metodele de investigare cu radionuclizi.

Metodele chirurgicale de diagnostic

Puncția sau biopsia ganglionilor limfatici supraclaviculari:

a) mediastinoscopia;

b) mediastinoscopia parasternală;

c) laparoscopia sau laparotomia diagnostică;

d) toracotomia diagnostică.

Anticiparea divergențelor diagnostice și de tactică curativă este un deziderat important și posibil de atins, dacă se aplică judicios și la modul indicat metodele contemporane de explorare clinică și paraclinică.

În încheiere, ar fi de consemnat că, prin amandarea erorilor ce se admit la nivelul examenelor de depistare, în diagnosticarea și proiectarea programelor de tratament, apoi și în organizarea supravegherii de dispensar a bolnavilor de cancer pulmonar, se poate conta pe ameliorarea efectivă a rezultatelor de tratament al acestei maladii oncologice de maximă incidență.

Bibliografie

1. Beckles M.A., Spiro S.G., Colice G.L., Rudd R.M. *Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes*. Chest. 2003;123(1 suppl):97S–104S.

2. Bideac, I., Sofronie, S., Bețșor, Ina, Bilba, V., Gavrilățenco, I., Bideac, Ionela, Catrinici, V., Șaraeva, Svetlana, Privalova, Oxana, Bilan, Ia., Brenișter, S. *Căile de ameliorare a diagnosticului precoce a cancerului pulmonar*. In: I Congres Național de Oncologie. Culegere de articole și teze. Chișinău. 2000. p. 178-179.

3. Bilba, V. *Diagnosticul tumorilor pulmonare și mediastinale în condiții de ambulator*. In: Congresul II Național de Oncologie. Culegere de articole și teze. Chișinău. 2005. p. 122-124.

4. Buccheri G., Ferrigno D. *Lung cancer: clinical presentation and specialist referral time*. Eur Respir J 2004;24:898–904.

5. Cernat, V., Țîbîrnă, G., Gabunia Marina. *Evaluarea managementului serviciului oncologic din Republica Moldova*. In: Congresul III Național de Oncologie. Culegere de articole și teze. Chișinău. 2010. p. 1-15.

6. Cernat, V., Bilba, V. *Aspecte medico-sociale ale*

morbidităţii oncologice în Republica Moldova. In: Buletin informaţional al Societăţii Ştiinţifico-Practice a Oncologilor din Republica Moldova. Chişinău. 2013. p. 46–50.

7. Давыов М. И. «Успехи и неудачи молекулярной хирургии рака легкого». Москва «Медицина» (1997).

8. Doruc, S., Salamatov, S., Prepeşiţa, C., Bîlba, V., Şutchin, V., Brenişter, S., Prisacari, T., Chemencedji, I., Privalova, O., Beţişor, I., Harea, M., Jovmir, D. *Implimentarea biopsiei percutanate tumorilor pulmonare ca metodă de diagnostic miniinvazivă şi performant*. In: Materialele Conferinţei Ştiinţifico-Practice cu participare internaţională, în cadrul expoziţiei MoldMEDIZINE & MoldDENT ediţia XIX „Managementul chirurgiei miniinvazive în oncologie”. 2013.

9. Grejdianu, T., Tintiuc, D., Ţurcanu, A., Mereuţă, I., Eftodi, V., Leşanu, A., Palanciuc, M., Lavric, A. *Mortalitatea prin tumori maligne pe zone economico- geografice a populaţiei Republicii Moldova*. In: I Congres Naţional de Oncologie. Culegere de articole şi teze. Chişinău. 2000. p. 12-14.

10. Mazzone P., Jain P., Arroliga A.C., Matthay R.A. *Bronchoscopy and needle biopsy techniques for diagnosis and staging of lung cancer*. Clin Chest Med. 2002; 23:137–58.

11. Mentzer S.J., Swanson S.J., DeCamp M.M., Bueno R., Sugarbaker D.J. *Mediastinoscopy, thoracoscopy, and video-assisted thoracic surgery in the diagnosis and staging of lung cancer*. Chest. 1997; 112(4 suppl):239S–41S.

12. Ошибки в клинической онкологии. Руководство для врачей. Москва «Медицина» 1993.

13. Punga, Jana., Gabunia, Marina., Brega, Diana., Bîlba, V. *Situaţia oncologică în Republica Moldova în perioada 2000 – 2009*. In: Congresul III Naţional de Oncologie. Culegere de articole şi teze. Chişinău. 2010. p. 31-32.

14. Roşca, A., Roşca, Eugenia, Grăjdieru, Lidia. *Uti-*

lizarea investigaţiilor radiofotografice preventive ale organelor cutiei toracice în Republica Moldova – prezent şi viitor. In: Probleme actuale ale imagisticii medicale şi terapiei cu iradiaţii ionizante. Materialele Primului Congres al Imagiştilor şi Radioterapeuţilor din Republica Moldova. 5-6 octombrie 2000. Chişinău. p. 23 – 26.

15. Roşca, A. *Evoluţia şi specificul activităţii serviciului de imagistică medicală din Republica Moldova în 2000 – 2006*. In: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe medicale. 5 (14). 2007. P. 15 – 20.

16. Roşca, A., Ţurcanu, V. *Activitatea serviciului de imagistică medicală din Republica Moldova în perioada 2007 – 2011*. Particularităţi şi perspective (lucrare de sinteză). In: Sănătate publică, economie şi management în medicină. 4 (43)/2012. ISSN 1729-8687. Congresul al III-lea al medicilor imagişti din Republica Moldova cu participare internaţională Actualităţi în imagistica medicală. Chişinău 2012. p. 30 – 34.

17. Rusu, O., Roşca, A., Volneanschi, V., Coreţchi, Victoria, Novicov, Nina, Testemiţanu, A., Mazurin, V. *Apariţia, evoluţia şi rezultatele activităţii serviciilor de imagistică medicală şi terapie cu radiaţii ionizante din Republica Moldova*. In: Probleme actuale ale imagisticii medicale şi terapiei cu iradiaţii ionizante. Materialele Primului Congres al Imagiştilor şi Radioterapeuţilor din Republica Moldova. 5-6 octombrie 2000. Chişinău. p. 5 – 10.

18. Sofroni, M., Cernat, V., Ţîbîrnă, Gh., Gabunia, Marina. *Actualităţi şi perspective în acordarea asistenţei oncologice în Republica Moldova*. In: I Congres Naţional de Oncologie. Culegere de articole şi teze. Chişinău. 2000. p. 1-3.

19. Sofroni, D., Cernat, V., Ţîbîrnă, G., Godoroja Nadejda. *Aspecte ale asistenţei medicale consultative oncologice acordate populaţiei în Republica Moldova*. In: Congresul II Naţional de Oncologie. Culegere de articole şi teze. Chişinău. 2005. p. 4-13.